

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
دانشکده پزشکی

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی (یا پایان نامه دوره دکترای حرفه ای پزشکی):

بررسی ارتباط میزان موارد احتباس ادراری و نوع عمل جراحی هموروئیدکتومی (باز و بسته) در بیماران مونث مراجعه کننده به بیمارستان فاطمه زهرا (س) شهر بوشهر

دانشجو

سیده مهدیه حسین زاده

استاد راهنما

دکتر حمیدرضا علیزاده اطاقور - استادیار گروه جراحی

استاد مشاور

دکتر عبدالرسول انوری پور - استادیار گروه بیهوشی

دکتر عبدالرضا نجفی انارکی - استادیار گروه بیهوشی

دکتر رامین سیدیان - استادیار گروه فارماکولوژی

استاد مشاور آمار

دکتر کامران میرزایی - استادیار گروه پزشکی اجتماعی

این طرح با تصویب و حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
اجرا گردیده است.

اردیبهشت ماه ۱۳۹۱

تقدیم به مادر مهربانم؛

که محبت را در وجودم به ودیعه نهادند تا

دردمندان را دریابم...

و باشکراز:

جناب آقای دکتر حمید رضا علنیراده اطاقور

جناب آقای دکتر عبدالرسول انوری پور

جناب آقای دکتر عبدالرضا نجفی انارکی

جناب آقای دکتر اسین سیدیان

جناب آقای دکتر کامران میرزایی

بررسی ارتباط میزان موارد احتباس ادراری و نوع عمل جراحی هموروئیدکتومی (باز و بسته) در بیماران مونث مراجعه کننده به بیمارستان فاطمه زهرا (س) شهر بوشهر

علیزاده اطاقور حمیدرضا، انوری پور عبد الرسول، نجفی انارکی عبدالرضا، سیدیان رامین،
میرزایی کامران، حسین زاده سیده مهدیه

مقدمه:

احتباس ادراری با شیوع حدود ۷۰٪ از عوارض محتمل پس از اعمال جراحی با بی حسی های موضعی می باشد که با نوع عمل جراحی، نوع بی حسی و نوع مواد آنالژزیک ارتباط بسیار نزدیکی دارد. با توجه به ارتباط میان احتباس ادراری با پاسخ های اتونوم و نقش بسزای آن در رضایتمندی بیماران پس از جراحی برآن شدیم تا بررسی ارتباط میزان موارد احتباس ادراری و نوع عمل جراحی هموروئیدکتومی (باز و بسته) در بیماران مونث مراجعه کننده به بیمارستان فاطمه زهرا (س) شهر بوشهر قدمی در کاهش درد و رنج بیماران برداشته باشیم.

مواد و روش ها:

در یک مطالعه تحلیلی که به روش مقطعی بر روی پرونده های بیماران مونث بستری در سال ۹۰-۱۳۸۹ با تشخیص هموروئید داخلی و کاندید عمل هموروئیدکتومی با بی حسی اسپینال از طریق لیدوکاین صورت گرفت، بیماران بر اساس نوع عمل جراحی صورت گرفته به دو دسته بیماران تحت عمل جراحی هموروئیدکتومی باز و بیماران تحت عمل هموروئیدکتومی بسته تقسیم شدند. اطلاعات بیماران شامل اطلاعات دموگرافیک، دریافت و یا عدم دریافت مسکن، نوع عمل جراحی، وجود یا عدم وجود احتباس ادراری، خونریزی، مدت زمان بستری و *Anal stenosis* وارد چک لیست هایی شدند. اطلاعات پس از جمع آوری با کمک *independent T test* و *Chi-square* و با استفاده از نرم افزار آماری *SPSS* ویرایش ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج:

در این مطالعه ۸۰ بیمار مونث با میانگین سنی ۴۴/۱۱ و انحراف معیار ۱۰/۳۲ در دو گروه تحت عمل هموروئیدکتومی باز و بسته تقسیم شدند. میزان احتباس ادراری ($P \text{ value}=0.044$) و نیاز به

مسکن ($P \text{ value}=0.026$) در گروه تحت عمل هموروئیدکتومی بسته بیشتر بود. در حالی که خونریزی ($P \text{ value}=0.044$) در گروه تحت عمل هموروئیدکتومی باز بیشتر بود. مدت زمان بستری در بیمارستان و Anal stenosis در دو گروه تفاوت معناداری نداشت.

نتیجه گیری

هر کدام از این دو روش جراحی عوارضی دارند ولی با توجه به شیوع کمتر عوارض (از جمله احتباس ادراری) در عمل جراحی هموروئیدکتومی باز، این روش می تواند پیشنهاد خوبی برای درمان بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی:

احتباس ادراری، هموروئیدکتومی باز، هموروئیدکتومی بسته

فصل اول:

مقدمه

احتباس ادراری:

احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی به صورت عدم توانایی ادرار کردن در حضور مثانه پر تعریف می شود. احتباس ادراری پس از آنستزی و اعمال جراحی بسیار رایج است و شیوعی بین ۵ تا ۷۰ درصد از آن گزارش شده است. (۱) گزارشات بسیار متفاوت در خصوص میزان شیوع احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی به دلیل اتیولوژی های متفاوت این مقوله و عدم وجود کرایتریای یکسان و مشخص جهت ارزیابی آن است. دقیق ترین روش جهت ارزیابی حجم ادرار در مثانه، اولتراسونوگرافی می باشد که می تواند راهنمایی مناسب جهت ارزیابی احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی باشد. (۱)

کوموریدیتی ها، نوع عمل های جراحی و نوع آنستزی می تواند احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی را تحت تاثیر قرار دهند. ارزیابی های نامناسب برای احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی می تواند مسئول یکسری عوارض از جمله اتساع بیش از اندازه مثانه، عفونت های مجاری ادراری، عوارض مربوط به کاتتریزاسیون و ... باشد. (۱) در واقع هدف نهایی تمامی اپروچ های مبتنی بر شواهد، پیشگیری و ارزیابی مناسب احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی حوالی عمل جراحی می باشد. (۱)

کاتترگذاری یک پروسیجر رایج در طول جراحی های مازور می اشد که می تواند جهت ارزیابی حجم برون ده ادراری و راهنمایی جهت جبران حجم مایعات به کار برده شود و به عنوان یک مارکر مناسب برای ارزیابی پایدار بودن همودینامیک بیمار به کار می رود. (۱)

با توجه به افزایش بیماران سرپایی و جراحی های کوتاه مدت، کاتترگذاری به صورت محدودتری انجام می پذیرد و در صورت انجام مدت زمان کمتری لزوم پیدا می کند.

مکانیسم میکچوراسیون

حجم مثانه در بالغین حدود ۴۰۰ تا ۶۰۰ میلی لیتر بیان شده است. (۱) عصب دهی مثانه با اعصاب سوماتیک وایران، سمپاتیک و پاراسمپاتیک است. سمپاتیک باعث شل شدن عضله دترسور و انقباض اسفنکتر داخلی می شود در حالی که پاراسمپاتیک باعث انقباض عضله دترسور و شل شدن عضلات گردن مثانه می شود. (۱)

تشخیص احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی

– شرح حال و معاینه: درد و ناخوشی در قسمت تحتانی شکم به عنوان یکی از نشانه های

معمول احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی محسوب می شود. (۲)

با لمس و دق در ناحیه سوپراپوبیک نیز می توان احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی را

مورد ارزیابی قرار داد. ماتیته در دق مثانه اگر تا حدود ناف باشد نشان دهنده حدوداً ۵۰۰

میلی لیتر ادرار است در حالی که اگر این ماتیته به بالای ناف گسترش یابد مقادیر بسیار

متغیر تا حدود ۱۰۰۰ میلی لیتر را نیز می تواند در بر گیرد. (۳)

هر چند لمس عمقی مثانه به دلیل احساس بسیار ناخوشایند حاصله در بیماران و همچنین

برانگیخته شدن رفلکس واگ که منجر به درد و از دست رفتن هوشیاری می گردد، توصیه

نمی شود. از طرفی ارزیابی بالینی در خصوص حجم مثانه نسبت به اولتراسونوگرافی دقت کمتری دارد و غالباً منجر به پیشگویی در خصوص حجم بالاتری از ادرار در مثانه می گردد. (۳)

دکتر Pavlin و همکاران در مطالعه ای بر روی بیماران کاندید اعمال سرپایی نشان دادند که ۶۱٪ از آنان در بخش ریکاوری هیچ شکایتی از تجمع زیاد ادرار در مثانه نداشتند در حالی که میزان ادرار موجود در مثانه آنان بیش از ۶۰۰ میلی لیتر ارزیابی شد. (۴) Stallard و همکاران نیز نتایج مشابهی را گزارش نمودند. (۵) Lamonerie و همکاران نیز طی بررسی یافتند که حدود یک چهارم بیماران با وجود عدم داشتن هرگونه شکایتی در خصوص تجمع زیاد ادرار در مثانه، با بررسی سونوگرافی مثانه متسع داشتند و توانایی ادرار کردن در زمان خروج از اتاق ریکاوری در آنان وجود نداشت. (۶)

– **کاتتریزاسیون مثانه:** کاتتریزاسیون مثانه به عنوان یک ابزار تشخیصی و درمانی در احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی مورد استفاده قرار می گیرد. عدم توانایی ادرار حوالی عمل جراحی ممکن است یک پدیده مولتی فاکتوریال باشد که عواملی از جمله دریافت ناکافی مایع در آن دخیل باشند. درمان علل زمینه ای پیش از مارک تشخیص احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی و اقدام جهت اعمالی چون کاتتریزاسیون از اهمیت ویژه ای برخوردار است. باید در نظر داشت که کاتتریزاسیون یک اقدام تهاجمی است و خطرات بالقوه ای از جمله عفونت مجاری ادراری، تروما به میزراه، پروستاتیت و ناخوشی بیمار را به همراه دارد. (۷)

– **ارزیابی با کمک اولتراسونوگرافی:** با وجود این که اولتراسونوگرافی به عنوان یک روش تصویربرداری برای ارزیابی عملکرد مثانه استفاده می شود، به طور شایع در دهه گذشته به

عنوان یک ابزار تشخیصی برای احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی در زمان حوالی عمل
مورد استفاده قرار گرفته است. (۸-۱۴)

ریسک فاکتور احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی

- سن و جنس: در بیماران بالای ۵۰ سال ریسک احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی حدود ۲/۴ برابر می شود. (۱۵-۱۹) احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی در مردان (۴/۷٪) در مقایسه با زنان (۲/۹٪) بیشتر بود. (۷ و ۲۰) دلایل احتمالی برای تاثیرات سن و جنس شامل دژنراسیون پیشرونده نوروئی که منجر به اختلال عملکرد مثانه می شود (۱۵) و پاتولوژی های وابسته به جنس مانند هایپرتروفی خوش خیم پروستات است. (۱۵ و ۱۸-۱۷)
- نوع عمل جراحی: شیوع احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی بسته به نوع عمل جراحی متفاوت است. هرچند که شیوع کلی احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی در بیماران تحت عمل جراحی حدود ۳/۸٪ است (۲۰) ولی برای مثال شیوع آن در آرتروپلاستی مفصل بین ۱۰/۷٪ تا ۸۴٪ گزارش شده است. (۲۱-۲۴) شیوع احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی در اعمال جراحی آنورکتال بین ۱ تا ۵۲٪ گزارش شده است. (۲۵-۲۸) آسیب به اعصاب لگنی و رفلکس های براگیزنده درد با افزایش تون اسفنکتر داخلی مثانه علتی برای شیوع بیشتر احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی در عمل های جراحی آنورکتال هستند. (۲۹-۳۴) پس از اعمال جراحی ترمیم هرنی شیوع احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی بین ۵/۹٪ تا ۵۸٪ گزارش شده است. (۱۹ و ۳۵) گزارشات در خصوص میزان احتباس ادراری در اعمال جراحی زنان بسیار متناقض است. همچنین جراحی قبلی لگنی به دلیل احتمال آسیب مستقیم

به اعصاب قسمت های تحتانی دستگاه ادراری ممکن است باعث افزایش خطر احتباس

ادراری بعد از اعمال جراحی شود. (۷)

– **کوموریدیتی ها:** بیماری های نورولوژیک همزمان مانند سکته مغزی، فلج اطفال، سربال

پالسی، مالتیپل اسکلروسیس، ضایعات نخاعی، نوروپاتی دیابتی و نوروپاتی الکلی عوامل

مستعد کننده ای برای احتباس ادراری هستند. (۲۸)

– **داروها:** داروهایی مثل آنتی کولینرژیک ها، بتا بلاکرها، سمپاتومیمتیک ها در مطالعات

مختلف با افزایش ریسک احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی همراه بوده است. (۴۲-۳۶)

– **مایعات وریدی:** میزان مایعات وریدی بیمار می تواند پیشرفت احتباس ادراری بعد از

اعمال جراحی را تحت تاثیر قرار دهد. بیماران تحت عمل جراحی ترمیم هرنی و جراحی

های آنورکتال، اگر بیش از ۷۵۰ میلی لیتر مایع وریدی در دوره حوالی عمل دریافت کنند،

ریسک احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی را $\frac{2}{3}$ برابر افزایش می دهند. (۴۴-۴۲)

انفوزیون بیش از اندازه مایعات داخل وریدی در بیماران می تواند منجر به اتساع بیش از

اندازه مثانه گردد. خصوصا در بیمارانی که تحت عمل جراحی با آنستزی اسپینال که درکی

از پر شدن مثانه شان نخواهند داشت. (۴۵)

اتساع بیش از اندازه دترسور مانع عملکرد دترسور می شود و رفلکس های ادراری نرمال،

نمی توانند انجام شوند حتی بعد از خالی شدن مثانه با کاتتر. (۴۴) نتیجتا حجم مثانه بالاتر از

۲۷۰ میلی لیتر می تواند ریسک فاکتوری برای احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی باشد.

- مدت زمان عمل جراحی: مدت زمان طولانی عمل جراحی می تواند سبب احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی شود. (۴۶)

عوارض جانبی مرتبط با احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی:

- پاسخ های اتونومیک: مثانه بیش از حد متسع باعث تحریک درد می شود که می تواند نهایتاً منجر به استفراغ، برادی کاردی، هایپوتنشن، هایپرتنشن، دیس ریتمی های قلبی و حتی آسیستول گردد. (۴۶)

- عفونت ها: عفونت های ادراری می تواند یک عارضه کاملاً مستقیم احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی پایدار باشد. (در نتیجه هایپوتونی مثانه و ناتثانی در تخلیه کامل مثانه) یا به صورت غیر مستقیم به علت کاتتریزاسیون (جهت رفع احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی) ایجاد گردد. (۴۷)

- اتساع بیش از حد مثانه و اثرات مضر آن بر روی اورودینامیک: اتساع بیش از حد مثانه یکی از مضرات احتباس ادراری بعد از اعمال جراحی می باشد که شیوعی حدود ۴۴٪ دارد. (۶)

هموروئید

هموروئیدها بالشتک هایی از بافت زیرمخاطی و حاوی ونول ها، آرتریول و الیاف عضله صاف هستند که در کانال مقعدی قرار دارند. بالشتک هموروئیدی در موقعیت های چپ_خارج، راست_جلو، و راست_عقب قرار دارند. به نظر می رسد که هموروئیدها به عنوان بخشی از مکانیسم نگهدارنده مدفوع عمل و به بستن کامل کانال مقعدی در حالت استراحت کمک می کنند. از آن جایی که هموروئیدها یک بخش طبیعی از آناتومی آنورکتال هستند، درمان تنها در مواردی اندیکاسیون دارد که علامت دار شوند. زور زدن بیش از حد، افزایش فشار شکم، و مدفوع سفت، احتقان وریدی شبکه هموروئیدی را افزایش می دهد و موجب پرولاپس بافت هموروئیدی می شود. خونریزی، ترومبوز و پرولاپس هموروئیدی علامت دار ممکن است حاصل شود. (۴۸)

هموروئیدهای خارجی در سمت دیستال به خط دندانان ای قرار دارند و با آدنوم پوشیده شده اند. از آن جایی که آنودرم غنی از الیاف عصبی است، ترومبوز یک هموروئید خارجی ممکن است درد شدیدی ایجاد کند. به همین دلیل است که هموروئیدهای خارجی را نباید بدون بی حسی کافی بست یا خارج کرد. یک منگوله پوستی، پوست فیبروتیک در لبه مقعدی است که اغلب به صورت بقایای یک هموروئید خارجی ترومبوزه دیده می شود. (۴۸)

منگوله های پوستی در اغلب موارد با هموروئیدهای علامت دار اشتباه می شوند. هموروئیدهای خارجی و منگوله های پوستی ممکن است باعث خارش شوند و اگر بزرگ باشند، بهداشت را دشوار

می کنند. درمان هموروئیدهای خارجی و منگوله های پوستی تنها برای رفع علائم اندیکاسیون دارد.

(۴۹)

هموروئیدهای داخلی در سمت پروگزیمال به خط دندانان ای قرار دارند و با مخاط آنورکتال فاقد حس پوشیده شده اند. هموروئیدهای داخلی ممکن است به خونریزی دچار شوند، اما به ندرت دردناک می شوند، مگر ترومبوز و نکروز (به دلیل پرولاپس شدید، احتباس و یا اختناق) روی دهد. هموروئیدهای داخلی براساس شدت پرولاپس درجه بندی می شوند. هموروئیدهای درجه یک به سمت کانال مقعدی برجسته می شوند و ممکن است در هنگام زور زدن به فراتر از خط دندانان ای پرولاپس یابند. هموروئیدهای درجه دو از خلال مقعد پرولاپس یابند، اما خود به خود جا می افتند. هموروئیدهای درجه سه از خلال مقعد پرولاپس می یابند، اما به جا انداختن با دست نیاز دارند. هموروئیدهای درجه چهار پرولاپس می یابند، اما نمی توان آن ها را جا انداخت و در معرض خطر اختناق هستند. (۴۹)

هموروئیدهای مرکب داخلی و خارجی بر روی خط دندانان ای سوار می شوند و ویژگی های هر دو هموروئید داخلی و خارجی را دارند. هموروئیدکتومی اغلب برای هموروئیدهای مرکب بزرگ و علامت دار لازم است. زور زدن در جریان زایمان، با ایجاد ادم، ترومبوز و اختناق، باعث هموروئیدهای پس از زایمان می شود. هموروئیدکتومی در اغلب موارد درمان انتخابی است (به ویژه اگر بیمار سابقه علائم هموروئیدی مزمن داشته است). در گذشته تصور می شد که افزایش فشار خون باب، خطر خونریزی هموروئیدی را افزایش می دهد، زیرا آناستوموزهایی بین دستگاه وریدی باب (شبکه های هموروئیدی میانی و فوقانی) و دستگاه وریدی سیستمیک (شبکه های رکتال تحتانی) وجود دارند.